

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 220

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 février 1900, à 1 heure.

PAR

LOUIS-VICTOR GAUTHIER

Né à Orgelet (Jura) le 9 novembre 1874

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT
DES

ÉRYSIPÈLES SPONTANÉS

DE LA FACE A RÉPÉTITION

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges } *MM. CHANTEMESSE, professeur.*
MÉNÉTRIER et DUPRÉ, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

220

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 février 1900, à 1 heure

PAR

LOUIS-VICTOR GAUTHIER

Né à Orgelet (Jura) le 9 novembre 1874

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT
DES

ÉRYSIPÈLES SPONTANÉS

DE LA FACE A RÉPÉTITION

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges } MM. CHANTEMESSE, professeur.
MÉNÉTRIER et DUPRÉ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
Clinique médicaux.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophthalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchement.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAVRAND

Professeur de Pathologie générale à la Faculté libre de Lille

A TOUS MES MAITRES DE LA
FACULTÉ LIBRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Pathologie médicale à la Faculté
de médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital des Enfants assistés
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PATHOGÉNIE
ET DU TRAITEMENT
DES ÉRYSIPÈLES SPONTANÉS
DE LA FACE A RÉPÉTITION

INTRODUCTION

Dans une communication faite au V^e congrès de médecine, M. le professeur Lavrand (de Lille) rapportait plusieurs cas d'érysipèle à répétition, où les malades qu'il avait traités n'avaient plus eu aucune récurrence. Il avait fait le curettage du cavum pharyngé, ayant constaté chez tous des lésions à ce niveau. Le succès du traitement montre les relations étroites qui existent entre l'érysipèle à répétition et les altérations du pharynx. Ces relations sont connues depuis longtemps, mais il nous semble que l'on n'y a pas attaché suffisamment d'importance. Les faits cités par M. Lavrand montrent que cette importance est de premier ordre. Nous ne voulons pas prétendre que tous les érysipèles spontanés de la face à répétition sont dus à des altérations de la muqueuse pharyngée ; mais

nous pensons et nous voudrions établir qu'un très grand nombre de ces érysipèles, même parmi ceux auxquels on attribue souvent une origine cataméniale, relèvent de cette cause.

La pathogénie de l'érysipèle à répétition est un problème encore bien obscur de nos jours, et nous serions heureux d'apporter quelques éléments à sa solution. Aussi avons-nous accepté avec plaisir de M. Lavrand l'offre de reprendre et de développer les idées précédemment émises par lui. En plus des observations qu'il a reproduites, nous apportons deux faits nouveaux. Ils n'ont pas trait à des érysipèles, mais ils témoignent des relations étroites qu'il y a entre le pharynx et deux affections qui ont récidivé. Pour ce motif, ils viennent à l'appui de nos idées pathogéniques sur les érysipèles spontanés à répétition de la face.

La pathogénie et le traitement de cette affection constitueront les deux principaux chapitres de ce travail. Nous commencerons par un court historique et nous verrons ce que l'on pense actuellement de la question qui nous occupe.

Mais avant d'aborder notre étude nous avons à présenter à M. le professeur Lavrand l'expression de notre sincère gratitude. Il a mis à notre disposition un certain nombre de nos observations, il nous a inspiré de ses bons et savants conseils, nous lui en serons toujours profondément reconnaissant.

Que nos professeurs de la Faculté libre de Lille, où nous avons passé les premières années de nos études médicales; que nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, dont

nous avons suivi les savantes cliniques, reçoivent l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Merci à M. le Professeur Hutinel, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

Historique.

Nous ne ferons que mentionner la théorie hippocratique, d'après laquelle l'érysipèle est dû à un mélange de la bile avec le sang. Cette théorie humorale, faisant jouer au foie le rôle important dans la pathogénie de cette affection était enseignée par Galien, Celse, Avicenne et toute l'école galénique.

La seconde moitié du dix-huitième siècle et la première moitié du dix-neuvième siècle, sont surtout remarquables par des travaux de laboratoire. Morgagni, Cruveilhier, Velpeau, Renaut étudièrent l'anatomie pathologique, déterminèrent le rôle des veines et des lymphatiques dans le cours de l'affection.

L'idée d'infection date de 1834. Elle est émise pour la première fois d'une façon précise par Piorry (1), puis développée par Velpeau (2) et par Trousseau (3). L'érysipèle

1. Piorry. *Clinique de la Pitié*. 1834. *Gazette médicale de Paris*. Tome I.

2. Velpeau. *Leçons orales de clinique chirurgicale*. Tome III.

3. Trousseau. *Journal de médecine*, 1884.

pèle n'est pas spontané ; il y a absorption par l'organisme d'un agent septique produit dans la plaie ou dans le milieu ambiant. D'après Trousseau, dans tous les cas, une solution de continuité, si insignifiante soit-elle, est le point de départ nécessaire et obligatoire de la production de l'érysipèle.

L'agent septique, admis par ces auteurs, fut découvert en 1870 par Nepveu (1) en France et Hueter en Allemagne. Voici les conclusions de Nepveu. « Il existe des bactéries dans le sang extrait d'une piqûre faite sur une plaque d'érysipèle ; ces bactéries sont en assez grand nombre ; elles existent aussi dans le sang pris en tout autre point que sur la plaque d'érysipèle. Dans tous les cas observés, la variété de bactérie trouvée a toujours été le *bactérium punctum* d'Ehrenberg. Si les bactéries existent dans l'érysipèle traumatique, elles paraissent exister aussi dans les érysipèles spontanés ».

Ces bactéries étaient-elles les vrais agents septiques ? Pour le prouver, il fallait, suivant les règles de Pasteur, les retrouver dans tous les cas d'érysipèle et seulement dans l'érysipèle avec les mêmes caractères morphologiques, les cultiver et les obtenir isolément à l'état de culture pure, reproduire par leur inoculation la maladie primitive avec tous ses traits caractéristiques. C'est à Fehleisen que revient l'honneur de cette démonstration. Il étudia les bactéries sur des coupes faites aux différents points des plaques érysipélateuses et à des périodes successives de leur évolution ; il les cultiva ; il les

1. Nepveu. *Société de biologie*, 1869.

inocula pour faire la preuve de la spécificité. Comme elles revêtaient le plus souvent la forme de grains disposés en chaînettes, il les appela des streptococci.

Ce streptocoque est-il le même que celui décrit par Pasteur et Doléris dans la fièvre puerpérale ? Ce fut là motif à de nombreuses discussions, et l'opinion médicale fut longtemps divisée au sujet de l'unité ou de la pluralité d'origine des différents streptococques. Grâce aux recherches de MM. Chantemesse et Widal (1), la question est maintenant résolue en faveur de l'unité. « Le streptocoque, écrit M. Widal (2), saprophyte vulgaire de notre surface cutanée et surtout de nos cavités naturelles, peut comme le staphylocoque, le pneumocoque, le colibacille, relever incessamment sa virulence, et à l'état isolé ou d'association pénétrer plus ou moins profondément dans l'économie, pour y déterminer les désordres locaux ou généraux les plus variés. De tous les saprophytes capables d'acquérir ainsi des qualités pathogènes, le plus intéressant, en raison de son ubiquité et de la variété des lésions qu'il occasionne, est à coup sûr ce streptocoque, que Peter dans une discussion académique appelait, avec l'humeur dont il était coutumier, « le microbe à tout faire »... Nous savons aujourd'hui que le streptocoque est capable d'occasionner la plaque d'érysipèle, la traînée lymphangitique, le pus de l'abcès, le caillot de la phlegmatia, les fausses membranes de cer-

1. Widal. Thèse de Paris, 1889.

2. Widal. *Streptococci et érysipèle de la face*. In *Traité de médecine de Brouardel et Gilbert*.

taines angines... La diversité des troubles morbides occasionnés par un seul et même streptocoque ne dépend pas seulement de variation de virulence, mais surtout des qualités du terrain que nous lui opposons. Chacun de nous réagit envers le streptocoque suivant ses aptitudes constitutionnelles, suivant son état actuel d'opportunité morbide, suivant le tissu qui a été envahi. »

La question était donc tranchée, et, grâce aux recherches bactériologiques, la pathogénie de l'érysipèle tendait à s'éclaircir. Deux questions restaient à résoudre. La première était de savoir si le microbe de l'érysipèle à répétition était le même que celui de l'érysipèle franc ordinaire. Les caractères cliniques des deux affections ne sont pas toujours d'une similitude parfaite, si bien qu'on a pu prendre pour de simples plaques d'érythème ou de lymphangite des poussées éphémères et atténuées d'érysipèle à répétition. M. Widal nous a donné la solution de ce problème. Il aensemencé du sang retiré de la plaque pendant une poussée légère érysipéloïde ; il a obtenu des cultures pures d'un streptocoque si virulent qu'il a déterminé chez le lapin un érysipèle rapidement mortel.

La solution de cette première question en soulève une seconde. Pendant les périodes intercalaires, quel est le repaire du streptocoque ? C'est là le problème étudié par Verneuil. Nous développerons dans le chapitre suivant la théorie du parasitisme microbien latent. Mais déjà nous pouvons dire qu'elle ne satisfait pas complètement l'esprit. Notamment au sujet des causes qui permettent au streptocoque de réveiller à certains moments sa virulence, on en est encore réduit à des hypothèses. En présence de

la périodicité plus fréquente peut-être chez la femme, en raison de la coïncidence parfois manifeste entre l'apparition de l'affection et l'apparition des règles, on a appelé l'érysipèle à répétition érysipèle cataménial et la question a été classée. Nous verrons dans le chapitre suivant ce qu'il faut penser de cette interprétation.

Cachera dans sa thèse n'a cité que l'hypothèse de Verneuil. Le problème ne paraît être nullement élucidé par son travail.

La thèse inaugurale d'Achalme a une grande valeur. Il décrit minutieusement l'anatomie pathologique, les complications et surtout le microbe spécifique de l'affection, mais il passe sur la question qui nous occupe aujourd'hui en montrant seulement les hypothèses émises avant lui par Verneuil.

On le voit, la question de la pathogénie de l'érysipèle à répétition, pour avoir fait des progrès énormes durant ces derniers temps, est loin d'être résolue. On connaît le streptocoque, on connaît son mode d'action, mais on ne sait pas au juste quelles sont les causes du réveil de sa virulence et on ignore quelle est sa demeure la plus habituelle à l'état latent. C'est pourtant là une question de première importance ; car, résolue, elle nous permettrait d'attaquer le streptocoque dans sa retraite. Nous connaissons alors un traitement préventif et par là curatif des érysipèles à répétition, A l'heure actuelle, nous n'en connaissons pas. Nous traitons les symptômes, nous enrayons souvent la marche de la maladie, nous n'avons pas encore réussi à en détruire le germe. Nous n'avons pour nous

en convaincre qu'à parcourir la thèse de Moulins (1). Nous n'y verrons que des traitements symptomatiques, traitements qui ont varié d'ailleurs à chaque époque suivant la conception pathogénique de la maladie. C'est ainsi qu'Hippocrate, Celse, Galien et toute l'école galénique se contentaient de purger l'érysipélateux. Pendant tout le temps que régnèrent les doctrines humorales, la méthode évacuante, la saignée, les dérivatifs, les révulsifs firent les frais du traitement. Quand naquit l'idée d'infection, on fit de l'hygiène et de la prophylaxie. Vint l'ère de l'antiseptie. « Gosselin, Verneuil, Ricord appliquaient sur la plaque érysipélateuse des pansements antiseptiques. Roger a fait usage des bains froids. Hardy donnait des compresses de sureau, appliquait sur la partie malade du cold-cream et de la vaseline, mais c'était pour rendre moins douloureuse la distension de la peau, ce n'était pas un traitement curatif. Graves indiquait le sulfate de quinine en injections ou en lavements. Talamon vantait ses procédés de pulvérisation au sublimé au 1000°, à l'éther. Hayem se servait d'alcool et d'acide phénique cristallisé à parties égales. Bien souvent ces moyens n'étaient pas suffisants, cela ne guérissait pas et la maladie devait accomplir son évolution. Malgré tous ces moyens, l'érysipélateux profitait, s'il était taré, de son érysipèle pour succomber, car la maladie infectieuse, nous le répétons, fait baisser la tension artérielle et compromet au plus haut chef l'insuffisance rénale. Mais, avec une sérothérapie active, on

1. Moulins. *Contribution à l'étude de l'érysipèle au point de vue thérapeutique*. Paris 1897.

s'occupera moins, et surtout moins longtemps, de ces tares organiques, car on arrêtera l'infection qui n'aura plus le temps de nuire. On s'occupera de la cause de la maladie, et on ne laissera plus au streptocoque le temps d'agir sur les organes déjà malades. » (Moulins).

Ainsi donc, antiseptiques, antithermiques, toniques, tels sont les trois grands groupes de médicaments actuels. Les mots justifient amplement le terme de médication symptomatique. La sérothérapie réalise à coup sûr une des plus grandes découvertes de la thérapeutique moderne ; grâce à elle, on agit directement sur le streptocoque et sa toxine. Ces ressources nous permettent le plus souvent de juguler la maladie. Mais si elles enrayent une première attaque d'érysipèle, elles n'empêchent pas la reproduction d'une seconde. On est arrivé à guérir l'érysipèle, on n'est pas encore arrivé à prévenir sa réapparition.

On conçoit cependant l'importance du fait dans le cas d'érysipèle à répétition. Car, s'il est vrai que les récurrences sont le plus souvent bénignes, elles peuvent cependant être graves et même mortelles. M. Jaccoud a prétendu qu'il se ferait à chaque nouvelle poussée une sorte de vaccination partielle. Il ne faut cependant pas faire une loi absolue de la bénignité de ces érysipèles à répétition. M. Widal a publié l'histoire d'une malade qui, après un nombre incalculable de poussées des plus légères, fut atteinte d'une érysipèle confluent compliqué d'un état typhique extrêmement grave. Juhel-Rénoy a rapporté des faits semblables.

Une lésion rénale est, en général, un facteur de gravité

pour une poussée nouvelle. Et d'ailleurs, l'affection ne présenterait-elle aucun danger par elle-même, que la périodicité est un très grand ennui. Aussi, sommes-nous heureux de rapporter un certain nombre de faits qui montrent que nous ne sommes pas complètement désarmés. De traitement préventif par conséquent curatif des érysipèles à répétition, il en existe un, du moins pour un certain nombre de cas.

CHAPITRE II

Pathogénie.

Avant d'entrer dans le corps de notre sujet, il nous paraît bon de préciser ce que l'on entend en clinique par érysipèle à répétition. Cela nous permettra de rappeler les principaux caractères de l'affection. Nous ne croyons pas être fastidieux, car, pour bien comprendre une théorie pathogénique, il faut avoir présent à la mémoire les faits qu'elle veut expliquer.

Nous traiterons ensuite de l'érysipèle au point de vue bactériologique. Après avoir décrit les caractères morphologiques du microbe, nous étudierons le problème de son habitat habituel dans la forme d'érysipèle à répétition. Enfin nous développerons la théorie de l'origine pharyngée des érysipèles de la face et nous verrons comment elle peut expliquer l'érysipèle cataménial.

I. — *Caractères cliniques de l'érysipèle spontané de la face à répétition.*

L'érysipèle franc ordinaire a des caractères cliniques bien définis. Mais l'érysipèle redux ou de retour se rap-

proche davantage de l'érysipèle à répétition. Il constitue la transition entre la forme ordinaire et la forme à répétition. Il apparaît au déclin d'une infection érysipélateuse franche, alors que la défervescence fébrile a eu lieu et que les symptômes généraux se sont amendés.

Localement, les signes de l'inflammation ont disparu, la desquamation seule n'est pas complètement terminée. Brusquement un nouveau frisson survient, et toute la partie primitivement envahie par l'érysipèle devient rapidement chaude, tuméfiée, et douloureuse. Généralement les limites de cette rechute dépassent celles de l'affection première. Tous les symptômes locaux et généraux de l'érysipèle font leur réapparition; mais le plus souvent l'évolution est beaucoup plus rapide. Une nouvelle défervescence a bientôt lieu, après un court tableau thermique qui présente toujours une tendance descendante; les phénomènes généraux et locaux disparaissent aussi rapidement que leur apparition avait été brusque, et la convalescence s'établit le plus souvent sans accident.

Cette description s'applique par beaucoup de points à l'érysipèle à répétition. Apparition très brusque des symptômes chez un individu ayant déjà présenté un ou plusieurs érysipèles, extension en quelques heures de la lésion locale à toutes les parties déjà envahies, évolution très rapide, telles sont les particularités de cette forme fréquente d'érysipèle. Puis, à mesure que les récidives deviennent plus nombreuses, les symptômes généraux sont de moins en moins accentués et, au bout d'un certain temps, tout se borne à une inflammation cutanée sans grand retentissement général. A noter aussi que l'exan-

thème sort le plus souvent par le même point, à la face par les narines et les points lacrymaux.

II. — *Bactériologie.*

Bien que d'une durée beaucoup plus courte, l'érysipèle à répétition relève du même agent infectieux que l'érysipèle ordinaire. Dans les deux formes, c'est le streptocoque. Nous avons vu que M. Widal en avait fait la démonstration.

La bactérie décrite par Fehleisen est un micrococcus rarement isolé, le plus souvent disposé en chaînettes. Ces chaînettes sont plus ou moins sinueuses et remarquables par l'égalité et la régularité des individus qui les constituent. Chacun des cocci a une forme parfaitement ronde et un diamètre d'environ 0 mm. 0003.

Fehleisen trouva le microbe abondant surtout au-delà du bourrelet érysipélateux, là où la peau paraît intacte macroscopiquement. Au niveau du bourrelet, il vit une inflammation caractérisée par une grande quantité de cellules migratrices, entourant les microbes. Le reste de la plaque était très enflammé et contenait moins de microbes.

Le streptocoque se retrouve aussi dans le sang pendant l'attaque d'érysipèle, ainsi que dans le liquide des phlyctènes, où on le rencontre souvent avec d'autres espèces microbiennes.

On le cultive sur des milieux transparents comme la gélatine ou l'agar-agar. Au bout de deux jours, on aper-

çoit, au milieu du point d'ensemencement, une plaque blanchâtre qui s'étend bientôt à toute la surface, tout en s'enfonçant dans l'intérieur du milieu de culture, et donne l'aspect d'une feuille de fougère.

Voici, empruntée à M. Jaccoud, la description du procédé pour trouver le microbe de l'érysipèle : « Après un lavage de la peau à l'eau phéniquée, une piqûre est faite avec une aiguille flambée au moment même ; le sang ainsi recueilli est placé immédiatement dans des tubes contenant du bouillon solide, à base de gélatine et d'agar-agar ; ces tubes sont mis à l'étuve à 36° et à 37°. Au bout de 48 heures, l'examen microscopique permet de reconnaître la présence du microbe de l'érysipèle.

« Ce microbe appelé *streptococcus érepsipelas*, est formé de grains disposés en chaînettes plus ou moins longues ; il se distingue du microbe de la suppuration, *streptococcus pyogenes*, par la forme des grains qui sont tous égaux et réguliers ; en outre les cultures sur des bouillons solides sont plus blanches et présentent l'aspect de feuilles de fougère ; enfin les résultats de l'inoculation de l'un et de l'autre de ces organismes sont tout à fait différents ; l'inoculation de celui de l'érysipèle reproduit l'érysipèle ».

Toutefois ces dernières assertions ont été infirmées par les recherches de MM. Chantemesse et Widal. L'érysipèle, l'infection puerpérale, la phlegmatia (etc) relèvent du même agent infectieux, le streptocoque. Il n'en reste pas moins vrai qu'en clinique on ne confondra pas l'angioleucite avec l'érysipèle, pour ne parler que de ces

deux affections toutes deux cutanées. L'érysipèle reste donc une entité clinique.

III. — *Parasitisme microbien latent.*

Tous les auteurs sont unanimes à admettre que, entre les diverses atteintes, le streptocoque vit en parasite dans l'organisme, attendant une occasion favorable de produire une nouvelle poussée aiguë. Mais il reste le problème de son habitat que nous allons étudier en détail.

La solution est bien simple quand la présence du streptocoque a produit déjà des effets pathogènes, tels, par exemple, que l'entretien d'une fistule purulente, ainsi qu'on le trouve rapporté dans nombre d'observations. Dans ce cas, le point de départ constant de l'érysipèle consiste en une fistule consécutive à une plaie, un abcès dans le pus duquel on retrouve un streptocoque souvent peu virulent (Achalme). Verneuil cite un certain nombre de cas se rapportant à des fistules à l'an us ou à des suppurations osseuses entretenues par la présence d'un séquestre. Les observations recueillies par Achalme ont surtout trait à des plaies par armes à feu ou à des dacryo-cystites chroniques.

« Cette dernière maladie est presque toujours liée à la
« présence d'un streptocoque d'une virulence faible, qui,
« par son exaltation, peut donner lieu aux érysipèles fré-
« quents qui compliquent cette maladie (Achalme) ».

Mais l'origine externe du germe ne peut expliquer tous les cas d'érysipèles à répétition. Et d'abord les faits sont

fréquents qui établissent une naturelle transition entre les cas d'origine interne et ceux d'origine externe. Ce sont ceux où une fistule, point de départ d'érysipèles répétés, se cicatrise, sans que les érysipèles cessent de récidiver au niveau de la cicatrice. Un fait de ce genre est rapporté par Achalme. Il s'agissait d'un vieux capitaine blessé à l'épaule d'un coup de feu ; depuis il avait eu onze érysipèles qui avaient toujours eu pour point de départ un petit trajet fistuleux ayant persisté après la guérison de la blessure. Lorsqu'Achalme l'a vu pour la première fois, il venait de se faire soigner de sa deuxième atteinte. Son derme et le pus de sa fistule contenaient un streptocoque de virulence semblable et provoquant l'érysipèle par inoculation à l'oreille d'un lapin. Cherchant à atteindre le mal dans sa cause, il injecta pendant une quinzaine de jours une solution de chlorure de zinc dans la fistule, qui au bout d'un mois était complètement cicatrisée. Il l'a revu au bout de deux ans atteint de son troisième érysipèle. Sa cicatrice n'était nullement rompue et son tégument externe ne présentait pas la moindre porte d'entrée.

Nous sommes donc autorisé à croire que le streptocoque avait été enfermé au-dessous de la cicatrice et que d'externe l'origine de son érysipèle était devenue interne.

Pour prouver la latence des germes dans l'organisme, Vassfi relate dans sa thèse un certain nombre de constatations qu'il a faites sur les urines des érysipélateux. Il établit que chez tous les malades atteints d'érysipèle la toxicité urinaire est inférieure à la normale et que cette

hypotoxicité s'accompagne d'albuminurie. Il établit deux grandes catégories de malades. « Dans la première qui
« comprend les érysipèles ordinaires se manifestant par
« une seule attaque, l'hypotoxicité et l'albuminurie ac-
« compagnent la fièvre ; quand celle-ci tombe, l'albumi-
« nurie disparaît et l'hypotoxicité fait place à l'hyper-
« toxicité. Cette hypertoxicité persiste pendant plusieurs
« jours ; nous l'avons observé du cinquième au vingt-
« cinquième jour de la maladie. En même temps on cons-
« tate la présence de streptocoques dans les urines. Dans
« la deuxième catégorie, comprenant les érysipèles à ré-
« pétition, la chute de la fièvre et la disparition de l'al-
« bumine n'amènent pas l'hypertoxicité des urines ; l'hypo-
« toxicité persiste sinon toujours du moins pendant long-
« temps, et nous avons pu la constater pendant près de
« deux mois. Chez ces malades, pas d'état pathologique
« manifeste, pas de signes d'intoxication. Leur santé est
« florissante, ils mangent avec appétit, leur poids aug-
« mente, en même temps que persiste l'hypotoxicité des
« urines. Le streptocoque n'a été trouvé dans les urines
« ni pendant ni après la maladie. Les urines des malades
« de la première catégorie n'immunisent pas les lapins
« pendant la période d'hypotoxicité ; lors de l'hypertoxicité
« au contraire, une injection intra-veineuse d'une petite
« quantité d'urine produit l'immunité.

« Les urines des malades de la seconde catégorie, tou-
« jours hypotoxiques, ne sont jamais immunisantes, ni à
« la période d'état ni pendant la convalescence. La réten-
« tion des toxines streptococciques et la rétention si-
« multanée des toxines normalement fabriquées par l'or-

« ganisme est indiscutable. C'est ainsi que se passent les
« choses chez les malades atteints d'affection érysipéla-
« teuse à forme récidivante. Mais comment se produit
« cette rétention? Le microbe, dit-on, introduit dans l'or-
« ganisme, passe tout de suite à l'état latent et ne pro-
« duit plus de toxines. Mais l'hypotoxicité urinaire démon-
« tre que les déchets normaux de l'organisme ne sont
« plus éliminés, du moins par les reins. Ces produits
« prennent-ils la voie pulmonaire, la voie cutanée, sur-
« tout à chaque nouvel accès d'érysipèle? Cette hypothèse
« peut être plausible, elle ne saurait être exacte. Pour
« nous, il est certain que le microbe qui a une fois habité
« l'organisme, ou qui continue à l'habiter, produit des
« troubles profonds qui sont la cause de cette réten-
« tion ».

Le streptocoque peut donc, lorsque rien ne sollicite sa vitalité et sa puissance prolifératrice, vivre à l'état latent dans l'organisme. Dans le cas d'érysipèle spontané de la face à répétition, c'est dans la muqueuse des voies aériennes supérieures qu'il demeure en permanence. Il est pharyngicole, auricole, nasicole, suivant l'expression de Verneuil. Il nous semble que l'on peut restreindre encore son habitat le plus habituel ; il serait surtout pharyngicoole. Les observations que nous publions montrent que le point de départ a toujours été le cavum pharyngé. Nous allons essayer d'expliquer ces faits. Pour cela, nous exposerons d'abord qu'elles sont les conditions qui font qu'un saprophyte vulgaire peut devenir subitement virulent, puis nous verrons si ces conditions ne sont pas précisément réalisées chez les angineux et les adénoïdiens.

IV. — *Origine pharyngée des érysipèles spontanés de la face.*

Les causes de la recrudescence de virulence d'un microbe peuvent dépendre du microbe lui-même ou du terrain sur lequel il évolue. Parmi celles qui rentrent dans la première catégorie, les associations microbiennes sont certainement une des plus importantes. On sait que le streptocoque se trouve dans la bouche normale. Dans la bouche de vingt personnes saines examinées au point de vue bactériologique, M. Widal l'a constamment trouvé, et chaque fois il était dénué de virulence. De plus, en l'associant au coli-bacille tiré de la bouche normale et primitivement inoffensif, il a pu obtenir des races capables de produire l'érysipèle, la suppuration, la septicémie, l'endocardite végétante. « Ces faits prouvent que les streptocoques paraissant le plus souvent inoffensifs, ceux de la bouche normale notamment, peuvent acquérir la virulence de ceux trouvés dans l'érysipèle ou les septicémies. Chez l'homme, comme chez l'animal, ces microbes semblent n'acquérir leur virulence que par passage à travers l'organisme en s'associant à d'autres germes infectants (Widal) ». Or, où le streptocoque trouverait-il plus d'accolytes qu'au niveau du pharynx. Le pharynx est un nid à microbes. On y trouve du staphylocoque, du pneumocoque, du colibacille (etc). La muqueuse pharyngée forme de nombreux replis et des cryptes, où les divers microorganismes apportés par les aliments ou par

l'air inspiré se trouvent dans les meilleures conditions de pullulation.

Mais pour que ces associations microbiennes réalisent leurs effets pathologiques, il faut qu'elles évoluent sur un terrain favorable. Or, nous allons le voir, nulle part peut-être plus qu'au niveau du cavum pharyngé, les barrières normales dressées contre l'invasion microbienne ne reçoivent plus de chocs et ne sont plus susceptibles de se rompre. Ces barrières sont de deux ordres, les unes agissent d'une façon purement physique, les autres ont un rôle chimique et biologique. Dans la première catégorie rentre l'intégrité de la muqueuse.

« L'intégrité des surfaces remplit un rôle protecteur « très efficace que l'on a comparé à l'action filtrante des « couches du sol. Les épithéliums opposent une barrière « sinon absolue du moins fort puissante à la pénétration « des bactéries dans les tissus (Girode). »

Dans la seconde catégorie rentrent un certain nombre de faits biologiques. Pour les bien comprendre, il faut se rappeler la constitution anatomique de la muqueuse du pharynx. Cette muqueuse possède un grand nombre de follicules lymphatiques soit isolés, soit réunis en amas. Les amas lymphatiques portent le nom d'amygdales : ce sont les amygdales palatines, situées entre les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais ; l'amygdale linguale ou de Lacauchie, qui occupe la base de la langue ; l'amygdale pharyngienne ou de Luschka, qui tapisse la voûte du pharynx nasal ; les amygdales tubaires ou de Gerlach, situées à l'orifice de chacune des trompes d'Eustache.

Mais indépendamment de ces masses volumineuses, une série de minuscules îlots lymphatiques sont disséminés dans toute la muqueuse du pharynx et forment une sorte de vaste lac lymphatique sous-muqueux. Il donne naissance à des canalicules qui vont aboutir aux ganglions de l'angle de la mâchoire et aux ganglions carotidiens.

Ce tissu lymphoïde est un siège constant de sécrétion. Ces sécrétions ont un rôle chimique et biologique bien défini. MM. Würtz et Lermoyez ont étudié récemment l'action bactéricide du mucus nasal, et ont vu que cette sécrétion exerce une action atténuante manifeste sur la bactérie charbonneuse. Il est vraisemblable que les sécrétions pharyngiennes jouent un rôle analogue. Il faut ajouter que l'exsudat liquide permanent qui se fait au niveau des muqueuses participe de la constitution du plasma sanguin et possède sans doute quelque chose des propriétés bactéricides que les recherches modernes ont établies pour ce dernier.

Il est encore un élément de défense habituelle qui correspond à l'émigration leucocytaire permanente des surfaces muqueuses : phénomène de Stoer. Cette émigration est démontrée par la présence d'un certain nombre de leucocytes dans toutes les sécrétions muqueuses. On peut d'ailleurs observer sur toutes les coupes histologiques le passage des cellules migratrices déformées entre les épithéliums. Le phénomène se retrouve dans l'épiderme lui-même. Cette émigration a pour objet de compléter la protection des membranes et de détruire les microbes qui tendraient éventuellement à pénétrer les revêtements épithéliaux.

En matière de maladies microbiennes, le rôle des tissus et éléments lymphoïdes est bien défini. Les infections provoquent une suractivité fonctionnelle de tous les organes riches en leucocytes, rate, ganglions lymphatiques (etc). Le phagocytisme s'opère dans tous les points où les hasards de la topographie infectieuse mettent des bactéries à proximité des microphages ou des macrophages, mais il acquiert son activité maxima dans le sang et les organes lymphoïdes. Il constitue un phénomène permanent et presque physiologique de la protection des muqueuses.

Toutes ces actions chimiques et biologiques ont pour effet d'atténuer les germes, de les amener à une sorte de vie latente, qui les empêche d'être nocifs pour nos tissus et nos organes et les réduit à l'état purement saprophytique. Ce sont là les causes qui rendent inoffensifs les germes si nombreux, si variés, et d'espèces si dangereuses, qui occupent en permanence le cavum pharyngé. Ces germes sont en dehors de nous, le vernis épithélial les arrête, l'action bactéricide des sécrétions, la phagocytose atténuent leur action. Il faut une rupture dans cet équilibre anatomique et fonctionnel pour que la pénétration et la maladie puissent être réalisées.

Or, que constatons-nous dans nos observations ?

Dans l'observation I, nous notons une ulcération syphilitique du pharynx. La malade qui fait l'objet de l'observation II a souvent des angines. Dans l'observation III, l'érysipèle a commencé par une angine. Dans l'observation IV, on a fait l'examen local après la guérison des lésions érysipélateuses ; on a chaque fois constaté l'exis-

tence d'un catarrhe du naso-pharynx, avec muqueuse épaissie, rouge, granuleuse, friable, surtout au niveau de la glande de Luschka.

Dans l'observation V, il s'agit d'un adénoïdien avec végétations remplissant tout le cavum. Dans l'observation VI, on note du catarrhe dans le pharynx nasal avec des végétations moyennement développées. Dans l'observation VII, les végétations adénoïdes remplissent le cavum pharyngé. Dans l'observation VIII, il y a quelques granulations dans le pharynx avec hypertrophie moyenne du tissu adénoïde du cavum. L'observation IX relate un fait d'amygdalites à répétition à droite. Malgré la cautérisation de l'amygdale hypertrophiée, les poussées se sont reproduites ; elles ont disparu après le curettage du naso-pharynx où l'on avait constaté du catarrhe et une hypertrophie assez peu marquée du tissu adénoïde. Dans l'observation X, il s'agit encore d'érysipèles à répétition chez un adénoïdien.

On le voit, l'affection a toujours évolué chez des malades ayant des angines fréquentes, du catarrhe nasal, des végétations adénoïdes. Ce sont là des conditions éminemment favorables à la pullulation microbienne. Les barrières physiologiques dressées contre cette pullulation et que nous avons décrites plus haut, n'existent plus chez ces malades ou sont très affaiblies. Chez eux, l'examen local a toujours permis de constater, au niveau du cavum, une muqueuse hypertrophiée, friable, saignant facilement, mal défendue par son épithélium. Dans ces masses adénoïdes, la vitalité est faible, la stase est fréquente, conditions qui diminuent considérablement la résistance des

tissus et amoindrissent la phagocytose. L'infection trouvait là un terrain bien préparé et une entrée facile aux germes pathogènes.

Nous rapportons l'observation XI, non pas à cause de l'intérêt particulier qu'elle présente, mais tout simplement comme exemple d'infection à point de départ naso-pharyngé. Ici le rapport de cause à effet est si net qu'il n'y a pas le moindre doute à avoir.

Le tissu adénoïde est donc bien un tissu de moindre résistance vis-à-vis des microbes, et la végétation active des microorganismes y est favorisée par le défaut de respiration nasale sans parler de la résistance faible ou nulle qu'offre à ce niveau l'épithélium de revêtement. En effet, le cavum est transformé en un cul-de-sac où les microbes rencontrent les meilleures conditions pour pulluler et agir en pathogènes virulents.

L'observation XII, plus complexe partant plus intéressante, apparaît de prime abord moins démonstrative ; mais, rapprochée de la précédente et des faits si nombreux de coryzas, bronchites à répétition, chez des adénoïdiens même à respiration nasale relativement bonne, elle ne laisse aucun doute sur la possibilité du rôle pathogénique du tissu adénoïdien du cavum.

L'importance du pharynx dans les affections sujettes à récédive et surtout dans l'érisypèle spontané à répétition de la face, est donc bien établie. Si nous cherchons la cause occasionnelle de chaque récédive, nous retombons dans l'étude si ardue des variations de virulence et de vitalité du microorganisme.

Autrefois on incriminait surtout la menstruation. Pour

expliquer son action, Verneuil invoquait les éruptions d'herpès qui apparaissent fréquemment au moment des règles. Il y voyait une porte d'entrée périodique, sinon pour le streptocoque, du moins pour une autre infection exaltant la virulence des microbes contenus dans l'organisme. Mais cette explication ne saurait être généralisée, et il y a nombre de cas d'érisypèles menstruels sans coïncidence d'herpès.

De nos jours, on a beaucoup restreint le rôle de la menstruation. MM. Chantemesse et Sainton, sur 37 rechûtes, ne notent que deux fois l'influence des règles, soit une proportion de 5 0/0. Dans une statistique de Roger, la proportion est de 4, 30/100. Dans une statistique de Salvy, elle est de 5, 74/100. En somme, ces chiffres ne présentent guère d'écart, et affirment tous une bien faible fréquence.

Quant à l'explication de Verneuil sur le mode d'action de la menstruation, on ne saurait s'en contenter. La menstruation paraît plutôt agir en modifiant le terrain. Nous savons que le streptocoque se trouve au niveau de la muqueuse pharyngée. La menstruation ne ferait qu'agir sur l'organisme pour le rendre propre au développement du microbe pathogène, et cela en développant l'état nerveux de la femme. En effet, comme l'ont montré les recherches de Roger, les systèmes nerveux et circulatoire ont une influence sur le développement du streptocoque.

Ces recherches de Roger confirment encore notre théorie pathogénique pharyngée. Le naso-pharynx est riche en éléments nerveux et la circulation y est très active.

S'il est vrai que le flux menstruel trouble l'équilibre nerveux et circulatoire de l'organisme, son action doit surtout retentir au niveau du pharynx. La menstruation ne serait qu'une cause physiologique à ajouter aux nombreuses causes physiques et mécaniques qui se donnent rendez-vous dans le cavum pharyngé pour amoindrir la résistance des tissus et favoriser la nocivité microbienne.

Si l'on songe combien la muqueuse naso-pharyngée subit facilement des variations de toutes sortes, telles que congestion sanguine active, stase, augmentation du volume de ses éléments lymphoïdes ; si l'on réfléchit que cette muqueuse subit l'influence du chaud, du froid, du sec, de l'humide, des poussières, gaz et vapeurs ; enfin si l'on pense aux modifications fréquentes dues aux états généraux physiologiques et morbides, qui impressionnent si souvent cette muqueuse, on n'aura aucune répugnance à admettre les changements de résistance de cette muqueuse. Par conséquent, la pénétration des germes érysipélateux ou leur réviviscence dans une muqueuse ainsi modifiée, explique sans peine la genèse des érysipèles. Mais cependant il est nécessaire que la muqueuse soit en plus altérée dans sa structure anatomique, car sa résistance microbicide en est diminuée d'autant.

RÉSUMÉ

L'érysipèle à répétition est une maladie fréquente et il est rare qu'un érysipèle spontané de la face soit unique :

souvent on en trouve plusieurs chez le même individu. Les recherches microbiologiques ont établi que l'agent infectieux était le streptocoque. Ce microbe n'exerce son action que par intermittence. Il peut vivre à l'état latent dans l'organisme, quand rien ne vient surexciter sa vitalité, ou bien quand aucune condition défavorable ne diminue la résistance des tissus au contact desquels il vit.

Le parasitisme microbien latent l'explique très bien. Quant à la cause occasionnelle de chaque atteinte, il ne faut pas se flatter de toujours la saisir. Si nous connaissons la pathogénie générale des érysipèles à répétition, nous ignorons la pathogénie intime qui préside au développement de chaque cas en particulier. Nous savons simplement qu'il faut tenir compte de la virulence du microbe d'une part et d'autre part de la réceptivité de l'individu, conditions éminemment variables. Telles sont actuellement les idées scientifiques régnantes.

Il nous semble que nous pouvons, sans être en désaccord avec ces idées, soutenir l'origine pharyngée des érysipèles faciaux à répétition. Est-ce une simple vue de l'esprit ou plutôt une simple constatation théorique que nous voulons établir? Nullement. Nous désirons, cette vérité étant suffisamment étayée, en tirer une déduction pratique pour le traitement préventif, et par là curatif, des érysipèles à répétition.

CHAPITRE III

Traitement.

Dans tous les cas où M. le professeur Lavrand a eu la faculté d'instituer un traitement, il a pratiqué la désinfection et l'aseptie des fosses nasales et du cavum pharyngé autant qu'on peut se flatter de le faire en ces régions. De plus, dans certains cas, croyant à juste titre que la porte d'entrée du microbe et le milieu de culture favorable au développement du streptocoque était le tissu adénoïde du pharynx nasal, tissu mou, à circulation sanguine et lymphatique peu active, friable, saignant facilement, il a curetté le cavum, afin de supprimer un milieu de culture trop bien disposé pour permettre la pullulation des germes de l'érysipèle.

Deux hypothèses bien difficiles à élucider se présentent à l'esprit : ou bien les germes forcent facilement l'épithélium des végétations, assez mauvais protecteur d'ailleurs ; ou bien, après un érysipèle, il reste dans le tissu adénoïde des germes à l'état inoffensif épiant une occasion favorable. Que faut-il admettre ? Probablement les deux hypothèses se réalisent suivant les cas.

Bref, le tissu adénoïde étant le lieu de culture des

germes de l'érysipèle, M. Lavrand l'a supprimé afin de rendre à la muqueuse ses conditions normales, et lui permettre de se défendre victorieusement contre les germes infectieux et notamment contre l'érysipèle. (Voir les observations VI, VII, IX, particulièrement démonstratives, pour la localisation du point de départ de l'infection dans le pharynx nasal).

En résumé, en présence d'érysipèles de la face à répétition, nous proposons d'examiner avec soin les fosses nasales et le pharynx nasal ; de traiter les lésions qui se présentent à l'examen, et toutes les fois qu'il existe des végétations adénoïdes ou seulement des granulations simples dans le cavum, de les supprimer. Nous proposons même, quand le malade s'y prête, de commencer par là en procédant avec toutes les précautions nécessaires en pareille circonstance.

CHAPITRE IV

Observations.

OBSERVATION I (Lavrand).

En 1887, nous avons eu occasion d'observer un cas d'érysipèle de la face avec gonflement du nez et, quelques heures après, apparition de la rougeur sur la joue ; c'était le 20 mai 1887. Or, la veille au matin, nous avions trouvé la malade très souffrante. Depuis le 18 au soir, l'oreille droite était douloureuse. Le tympan est rouge, épais, tuméfié. La malade était traitée pour une ulcération syphilitique du pharynx.

Nous avons donc une otite érysipélateuse et un érysipèle de la face consécutifs à une lésion pharyngée.

Quelques semaines après, deuxième érysipèle de la face avec sécheresse du nez avant l'apparition de la rougeur extérieure. Les lésions du naso-pharynx n'étaient pas encore guéries.

OBSERVATION II (Lavrand).

Constance D..., 40 ans, a eu un érysipèle de la face il y a 4 ans. Cette femme a souvent des angines. Le 22 mai 1889, elle entre à l'hôpital pour un érysipèle de la face.

OBSERVATION III (Lavrand).

Angèle N..., 55 ans, érysipèle de la face qui a commencé par une angine.

OBSERVATION IV (Lavrand).

S... Marie, 26 ans, est entrée le 1^{er} février 1888, dans le service de M. le professeur Desplats, pour un érysipèle de la face. L'affection a débuté, le 30 janvier, par un frisson. Le 31, au matin, après une nuit assez bonne, la malade s'aperçoit qu'un érysipèle, partant du point lacrymal droit, a envahi la joue de ce côté.

A son entrée, presque toute la moitié droite de la face, l'oreille et le cuir chevelu sont pris. Le 2, il gagne encore. T. 40°. La desquamation commence le 4 sur la face, mais l'exanthème continue à s'étendre sur le cuir chevelu. La convalescence ne commence que le 9. L'oreille moyenne n'a pas été intéressée.

Cette femme était enceinte de 7 mois ; elle sort guérie sans que la grossesse ait été impressionnée apparemment.

On ne peut songer ici à incriminer les règles. Or, il s'agit bien d'érysipèle à répétition, car celui que nous décrivons est le trentième.

Le premier est apparu à 13 ans et, depuis lors, il en est survenu 5 à 6 par an, à des époques irrégulières. L'affection se montrait généralement bénigne ; trois ou quatre fois seulement elle a présenté un caractère grave.

Notons que les règles n'ont apparu qu'à l'âge de 18 ans. D'ail-

leurs, aucune coïncidence entre l'érysipèle et la menstruation.

L'exanthème a toujours débuté de la même manière, c'est-à-dire est sorti du nez chaque fois.

Depuis son enfance la voix s'enroue facilement ; dans le pharynx, la malade éprouve souvent de la gêne, des picotements. L'examen local a été pratiqué le 20 février, puis le 15 mars, pour observer un organe bien guéri des lésions érysipélateuses; nous avons chaque fois constaté ce qui suit :

Un peu d'hypertrophie de la muqueuse des cornets, catarrhe du pharynx nasal avec muqueuse épaissie, rouge, glandules saillantes par places. Au niveau de la bourse de Luschka, on observe qu'il existe des croûtes au-dessous desquelles la muqueuse est granuleuse, friable, saignant facilement. Assez souvent, le matin, le cavum est rempli de mucosités adhérentes, visqueuses ; à la suite des efforts pour les enlever, la malade crache un peu de sang.

Donc chez cette malade il y a catarrhe rétro-nasal ; la muqueuse est friable, présente souvent des érosions, témoins les filets de sang. On peut donc admettre que par ces brèches épithéliales le streptocoque de l'érysipèle pénètre facilement dans la muqueuse et l'affection se confirme quand la virulence du microbe est accrue ou quand la résistance du sujet diminue, c'est à-dire quand la réceptivité augmente.

Evidemment chez notre malade, la seule voie de pénétration apparente, la seule porte d'entrée se trouve dans le pharynx nasal au voisinage de la bourse de Luschka.

Malheureusement nous avons perdu la malade de vue et nous n'avons pu vérifier notre conception par le résultat du traitement.

OBSERVATION V (Lavrand).

A... D., 15 ans, nous est envoyé le 15 décembre 1888 par le professeur Dujardin, à qui on l'avait adressé pour un œdème des paupières, croyant à une lésion oculaire. En l'absence d'affection de l'appareil visuel, nous examinons ce malade. Nous constatons un œdème chronique des paupières considérable portant plutôt sur les paupières inférieures ; celles-ci sont dures au toucher.

La bouche est habituellement ouverte ; dans le pharynx nasal il y a des végétations adénoïdes remplissant le cavum comme le faciès le fait soupçonner ; le voile est très épais. Rien de particulier dans le pharynx buccal, ni aux amygdales.

Dans les fosses nasales on constate une hypertrophie marquée de la muqueuse des cornets inférieurs sans lésion autre de la muqueuse.

Ce jeune garçon est atteint de tuméfaction des paupières depuis trois ans, c'est-à-dire depuis le commencement d'une série d'érysipèles de la face. En effet, durant ces trois dernières années, deux ou trois fois chaque mois, un érysipèle apparaissait d'une manière assez régulière. Lors de chaque poussée, après quelques heures de malaise général et de gêne plus grande de la respiration par la voie naso-pharyngée, le patient accusait une sensibilité particulière au niveau de l'un des points lacrymaux : bientôt on voyait la rougeur et le gonflement érysipélateux se dessiner.

Le traitement institué a consisté au début en irrigations nasales et pharyngées, en gargarismes et à l'intérieur huile de foie de morue.

Les érysipèles sont devenus de moins en moins fréquents sous l'influence de l'antiseptie ainsi pratiquée. Ainsi, du 1^{er} décembre 1888 au 16 mars 1889, il n'est apparu qu'un seul érysipèle.

Le 16 mars. — La respiration nasale s'était améliorée ; le gonflement des paupières avait beaucoup diminué, et les érysipèles avaient à peu près disparu comme nous venons de le noter.

Le malade allant beaucoup mieux n'a plus eu besoin de nos soins.

OBSERVATION VI (Lavrand).

A... G... 34 ans (en 1889), religieuse hôpitalière, a toujours joui d'une santé relativement bonne jusqu'en 1887. Tempérament arthritique, migraine de temps à autre. Respiration nasale fréquemment gênée. En 1887, sans cause appréciable, cette malade souffre périodiquement d'érysipèles de la face. Ces érythèmes apparaissent assez souvent au moment des règles ; ils précèdent, accompagnent ou suivent la menstruation ; parfois on les note dans l'intervalle des règles. Il semble difficile d'admettre ici une relation vraie entre les érysipèles et la menstruation.

La marche du mal est invariable ; un malaise plus ou moins accentué la veille comme prodrome, le lendemain la rougeur commence autour des ailes du nez. Les érysipèles sont habituellement légers ; cependant, de temps à autre, ils sont graves.

Quand nous voyons cette malade pour la première fois en octobre 1888, nous constatons ce que nous venons de rapporter. L'irruption constante des érysipèles par les narines, la

gêne respiratoire nasale, nous incitent à chercher localement la cause de cette localisation persistante des érysipèles.

La muqueuse nasale offre de l'hypertrophie, mais pas d'excoriation, pas de rougeur anormale ; le pharynx est le siège d'un catarrhe chronique ; enfin végétations adénoïdes moyennement développées dans le cavum.

Après des irrigations nasales qui n'ont donné aucun résultat, nous cautérisons la muqueuse des cornets à plusieurs reprises au galvano-cautère pendant l'hiver 1888-89. Les érysipèles poursuivent leur cours sans être en rien modifiés. Ne pouvant incriminer les fosses nasales, en pareille occurrence, voyant en outre l'inutilité des lavages antiseptiques naso-pharyngés, nous nous décidons à enlever les végétations adénoïdes que nous n'avons pas jugées assez considérables pour être supprimées. A noter que cette religieuse passait sa vie au milieu d'arriérés et d'idiots que, malgré tous ses soins, elle ne parvenait pas à tenir propres toujours.

Le 14 mai 1899. — Nous pratiquons le curettage du pharynx nasal.

Depuis lors jusqu'au 26 avril 1891, cette sœur n'a pas eu un seul érysipèle, bien qu'elle ait continué ses mêmes occupations qu'auparavant.

En décembre 1891. — Un érysipèle se déclare et se montre particulièrement sévère : il occupe la face comme les précédents. En décembre 1892, second érysipèle, mais très bénin. Depuis lors, c'est-à-dire jusqu'au 25 avril 1895, aucun érysipèle.

Ajoutons enfin que, jusqu'à ce jour, 3 mai 1896, aucun érysipèle n'a reparu.

Nous sommes médecin de l'asile où vit cette religieuse, nous pouvons donc suivre ce cas avec la plus grande facilité.

Donc de 1889 à 1896, seulement deux érysipèles en 7 ans, au lieu de un à deux par mois.

29 juillet 1899. — Cette religieuse n'a plus eu aucun érysipèle.

OBSERVATION VII (Lavrand).

Mlle L. M..., à Lomme, 18 ans, est atteinte depuis quelques mois, d'érysipèles de la face à répétition sans relation avec les règles. L'examen, fait le 1^{er} mars 1899, ne révèle aucune cause à ces érysipèles non périodiques mais fréquents. Ils sont de moyenne intensité. M. le D^r Mizon nous amène cette malade, sachant que nous nous occupions de cette affection tout particulièrement.

Les érysipèles sortent par les points lacrymaux chaque fois. L'origine nasale ou pharyngée étant très vraisemblable, nous examinons les fosses nasales et le pharynx. La muqueuse des cornets est hypertrophiée, mais l'épithélium ne manque en aucune des parties accessibles à la vue. Le pharynx buccal ne présente rien de particulier. Le cavum pharyngé est en partie rempli de végétations adénoïdes.

Traitement. — Lavages antiseptiques des fosses nasales et du pharynx nasal.

Le 29 mars. — Après avoir, par les lavages, désinfecté les cavités nasales et pharyngiennes, nous nous décidons à enlever les végétations adénoïdes. Curetage ce même jour.

25 avril. — Les érysipèles n'ont pas reparu.

11 juillet. — La guérison se maintient. La malade s'engage à venir nous retrouver si le mal recommence.

3 septembre. — Nous avons tout lieu de croire que cette per-

sonne, habitant aux portes de Lille, continue à se bien porter, puisque nous ne l'avons plus revue et que son médecin devait nous la renvoyer à la moindre alerte.

29 décembre 1899. — Mlle L..., nous ayant amené sa sœur, nous a dit qu'elle n'avait plus eu d'érysipèle depuis que nous l'avions traitée.

OBSERVATION VIII (Lavrand).

Aurore D..., 17 ans, vient nous consulter le 25 juillet 1895, pour des érysipèles de la face à répétition. Depuis quelque temps, elle a un érysipèle vers la fin de chaque mois : leur durée moyenne est de 4 à 6 jours ; quelquefois cependant ils durent 10 à 15 jours. Très mal réglée, elle n'a eu ses règles que deux ou trois fois jusqu'à présent.

Les érysipèles envahissent la face en sortant ses fosses nasales chaque fois.

Notre examen porte donc sur ces régions. Voici ce que nous constatons. Dans les fosses nasales, rien de particulier : la muqueuse est normale. Quelques granulations dans le pharynx. Dans le cavum, nous trouvons une hypertrophie du tissu adénoïde moyenne.

Traitement. — Lavages antiseptiques sous forme de douches naso-pharyngées.

Le 10 septembre. — La santé est bonne ; depuis le début des lavages les érysipèles ont cessé. La malade devait revenir nous consulter si les érysipèles reprenaient. Jusqu'ici pas de nouvelles : la patiente doit être guérie.

Les règles ont paru régulièrement en août et en septembre.

OBSERVATION IX (Lavrand).

F..., Gustave, 30 ans, vient nous consulter, le 4 mars 1893. pour des amygdalites à répétition à droite. Cet homme travaille dans l'air chaud et humide. Nous le traitons par des gargarismes astringents chauds et par la galvano-cautérisation de l'amygdale hypertrophiée. Malgré cela, les poussées d'amygdalites se poursuivent comme par le passé.

Préoccupé de cet échec du galvano-cautère, nous examinons son pharynx nasal le 7 juin. Nous trouvons un catarrhe assez marqué et une hypertrophie assez peu marquée du tissu adénoïde.

Le 20 juin. — Nous faisons un curettage. Dès lors, cet homme n'a plus souffert du côté des amygdales, comme nous l'avons constaté plusieurs mois après.

Le tissu adénoïde hypertrophié peut donc même à 30 ans constituer une gêne pour les patients et servir de porte d'entrée aux germes infectieux. Ceux-ci, une fois logés dans le chonrion muqueux, se montrent susceptibles de déterminer sur place ou plus ou moins loin de leur point d'introduction les symptômes d'affection qui leur sont propres.

OBSERVATION X (Lavrand).

Mlle Marie D..., de Roubaix, nous est adressée le 4 mars 1898 pour des érysipèles de la face à répétition. Depuis le mois de septembre 1894, elle a eu un érysipèle de la face toutes les trois semaines. En février 1898, elle a eu encore deux érysipèles.

L'examen nous montre la muqueuse des deux cornets inférieurs hypertrophiée, des végétations adénoïdes dans le pharynx nasal et des granulations dans le pharynx buccal.

Nous faisons l'antisepsie de ces cavités avant d'aller plus loin.

Le 10 mars.— Nous pratiquons le curettage du cavum, tant elle était désireuse de voir supprimer les érysipèles.

Le 24 mars. — Elle va bien, n'a rien présenté de particulier ; mais elle a fait des irrigations antiseptiques naso-pharyngées afin d'éviter l'infection de la plaie. Ce même jour, nous cautérisons au galvano-cautère le cornet inférieur droit.

Son médecin devait nous la renvoyer en cas de récurrence des érysipèles.

Ici encore érysipèles de la face sortant par les points lacrymaux ou les narines, avec des altérations de la muqueuse du cavum pharyngé.

OBSERVATION XI (personnelle).

Mlle B..., Denise, 10 ans, souffre fréquemment de douleurs, auriculaires. On observe parfois de la suppuration d'une des caisses du tympan. Ces accidents se produisent pendant la saison froide depuis deux ou trois ans.

Dès la première fois que le Dr Lavrand a été consulté, il a signalé l'hypertrophie du tissu adénoïde du cavum pharyngé, mais les parents ont jusqu'ici refusé le curettage.

Enfin pendant l'hiver 1896-97, pendant une accalmie, le cavum est cureté minutieusement.

Depuis lors les poussées auriculaires n'ont plus reparu.

OBSERVATION XII (personnelle).

Marcel C..., âgé de 9 mois, est atteint d'une bronchite avec fièvre au commencement de l'hiver 1895. Cet enfant présente tous les caractères de l'hypertrophie du tissu adénoïde du cavum pharyngé : la respiration buccale avec coryza fréquent en sont les symptômes qui attirent particulièrement l'attention.

Bientôt, l'état du petit malade empire ; on constate les signes d'une broncho-pneumonie et, quelques jours plus tard, d'un épanchement pleurétique moyen. Un vésicatoire est nécessaire pour activer la résorption du liquide. Au bout d'un mois tout est terminé, la convalescence est en bonne voie.

Le printemps et l'été se passent sans encombre : l'enfant est parfaitement remis.

Vers la fin de l'automne 1896, nouvelle bronchite, nouvelle broncho-pneumonie et enfin épanchement pleurétique unilatéral. Bref, mêmes symptômes et même marche que l'année précédente. Le Dr Lavrand est assez heureux pour obtenir la guérison de ces divers accidents comme précédemment. La santé est redevenue parfaite, mais les tumeurs adénoïdes ont plutôt augmenté que diminué.

Les parents justement effrayés par ces deux maladies successives se décident à l'ablation des végétations adénoïdes en juin 1896. Le curettage du cavum est fait par le Dr Lavrand sous le chloroforme. La respiration nasale est redevenue ample et facile.

L'hiver 1896-97 se passe sans encombre. L'enfant n'a même pas eu le plus léger rhume. Depuis lors, la santé a été très bonne, et l'enfant est devenu gros et robuste.

OBSERVATION XIII (personnelle).

Jeanne D..., 15 ans, non réglée, a depuis l'âge de 8 ans des érysipèles toutes les trois ou quatre semaines. Ils sortent toujours soit à droite soit à gauche par le point lacrymal. Ils s'accompagnent de fièvre, céphalalgie, vomissements. La peau est gonflée sous les paupières inférieures et reste bouffie en tout temps.

L'examen du nez ne révèle rien de particulier. Dans le cavum on trouve le tissu adénoïde légèrement hypertrophié. Derrière et au-dessus des piliers postérieurs il y a une trainée rouge vive de tissu lymphoïde augmenté de volume.

La nuit qui précède l'irruption sur la face de l'érysipèle, elle éprouve une sécheresse marquée du fond de la gorge.

Cette malade a été soignée par le Dr Charles Bernardt (de Roubaix), qui a soupçonné le point de départ dans le cavum pharyngé, et qui l'a adressée à un spécialiste.

Traitement. — La malade s'est présentée dans le cabinet du professeur Lavrand le 20 janvier 1900. On lui a fait un lavage antiseptique des fosses nasales et de l'arrière cavité. Dans quelques jours on fera le curettage.

CONCLUSIONS

1° Qu'il y ait pénétration des germes ou réviviscence de germes demeurant à l'état latent dans les tissus, le point de départ des érysipèles spontanés de la face à répétition peut être dans les fosses nasales, mais il est beaucoup plus souvent dans le tissu adénoïde plus ou moins altéré du cavum pharyngé.

2° Les altérations du cavum pharyngé consistent ordinairement en des granulations molles, friables, saignant facilement, qui sont une porte d'entrée facile et un terrain favorable à la culture du streptocoque de Fehleisen.

3° Le traitement préventif et par là curatif des érysipèles spontanés de la face à répétition consiste à traiter les fosses nasales et le pharynx par les moyens antiseptiques ordinaires, mais principalement à curetter les granulations du cavum.

Vu : le Président de la thèse,
HUTINEL.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHALME. — De l'érysipèle. — Th. de Paris, 1892.
- BROUARDEL ET GILBERT. — Traité de médecine. Tome 1.
- CACHERA. — De l'érysipèle à répétition. Th. Paris 1891.
- CHANTEMESSE ET SAINTON. — Bull. Soc. Méd. des Hôp. 1895.
- JACCOUD. — Dictionnaire. Art. Erysipèle. Menstruation.
- LAVRAND. — Angines glandulaires.
- MOULINS. — Thérapeutique de l'érysipèle. Th. Paris, 1886.
- ROGER. — Revue de médecine, 1895.
- TOURNEUX. — Erysipèle cataménial. Th. Paris, 1886.
- WIDAL. — Thèse de Paris.



